

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1924

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

HENRI VANHEUVERSWYN

Né le 26 Septembre 1893 à Lille

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

L'ASSOCIATION SPIRILLAIRE

au cours des dysenteries

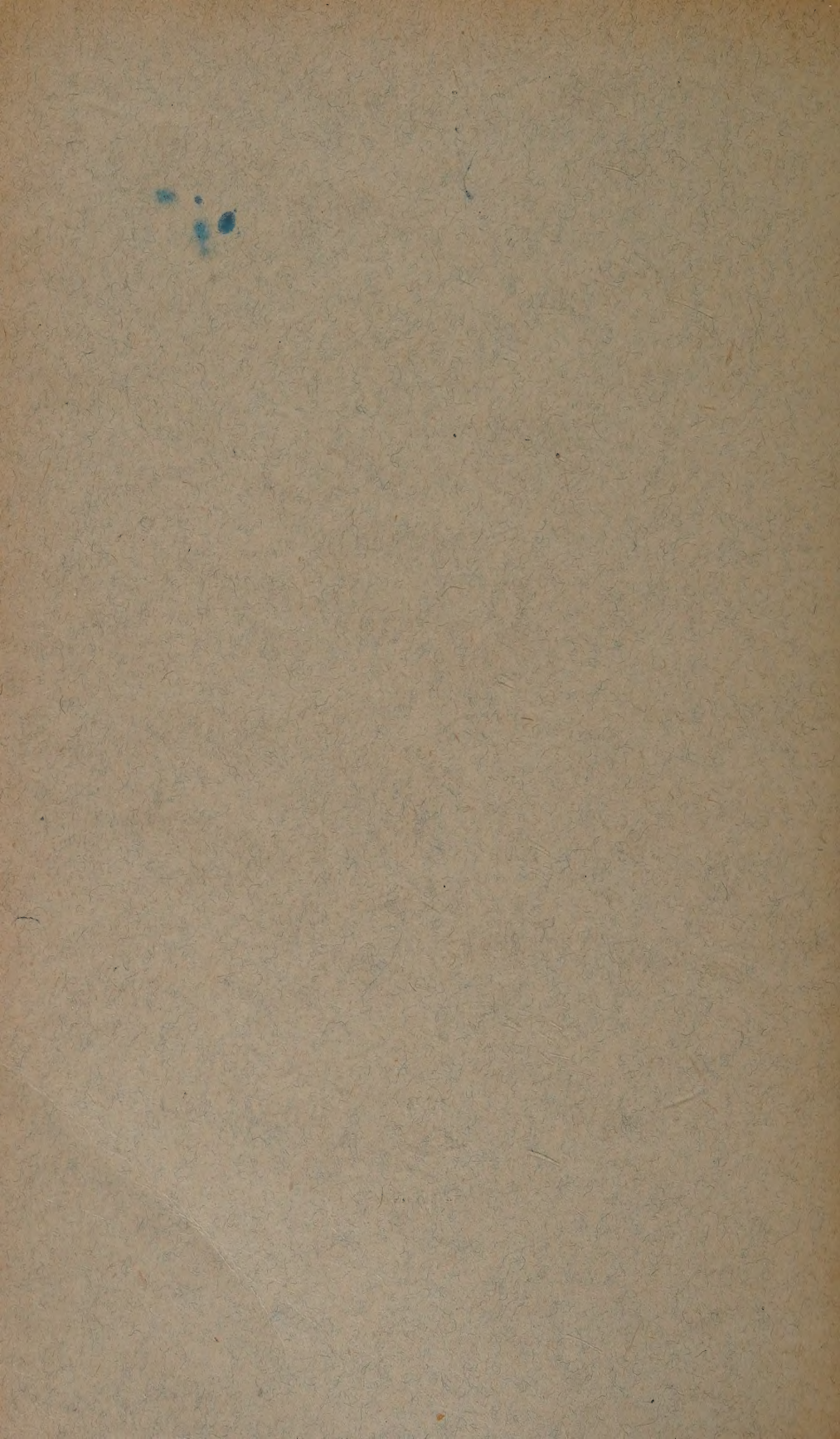
Président : M. LETULLE, Professeur

1924

IMP. LEBLANC ET DURANT

204, Rue Solférino

LILLE



470

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR

HENRI VANHEUVERSWYN

Né le 26 Septembre 1893 à Lille
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

L'ASSOCIATION SPIRILLAIRE
au cours des dysenteries

Président : M. LETULLE, Professeur

1924
IMP. LEBLANC ET DURANT
204, Rue Solférino
LILLE



LE DOYEN. . . . M. ROGER

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la Médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	GILBERT
Clinique médicale.	CHAUFFARD
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . .	Pathologie médicale.
BINET. . . .	Physiologie.
BLANCHETIÈRE .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ. . . .	Hygiène.
I. DE JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique
LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT. . . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE. . . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils . .	Physiologie.
ROUVIÈRE. . . .	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ROUSSY	Physiologie.
RETTERER. . . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

GOUGEROT . . .	Histologie.
CAMUS	Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE . .	Clinique médicale in- fantile.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	RATHERY. . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI . . .	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Clin. ophtalmologique.
LÉPER. . .	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
CHARLES VANHEUVERSWYN

Mort pour la France

A MON PÈRE
LE DOCTEUR VANHEUVERSWYN

Qui m'a donné des exemples de
droiture et d'ardeur que je cher-
cherai toujours à suivre.

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

AUX MIENS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE
DU CAPORAL PAUL LEFEBVRE
DU COMMANDANT MARCEL LEFEBVRE
DU LIEUTENANT ROBERT DUBOIS
MES COUSINS
DU LIEUTENANT RAYMOND FEREMBACH
MON AMI

Morts au champ d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ AUVRAY

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

MONSIEUR LE DOCTEUR MACÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui exprimons ici, de tout cœur, notre respectueuse gratitude.

AVANT-PROPOS

Durant les derniers mois de nos études médicales, nous avons été l'élève de M. le Docteur Heuyer, à l'hôpital Broussais. Nous avons eu l'occasion d'éprouver chaque jour sa sollicitude à notre égard. Il contribua à élargir nos connaissances médicales, et nous enseigna à donner nos soins aux malades de façon pratique. Ses leçons nous sont précieuses au moment d'aborder l'exercice de notre profession.

C'est lui qui nous a inspiré ce travail, nous confiant ses observations et nous aidant chaque jour de ses conseils. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre reconnaissance et de l'assurer de notre inébranlable attachement.

INTRODUCTION

Il est très malaisé de définir le rôle pathogène de la spirillose intestinale au cours des dysenteries : les spirilles peuvent en effet se développer dans le tube digestif sans y jeter grand trouble ; par ailleurs, leur accroissement numérique peut coïncider avec l'apparition d'un syndrome dysentérique ou cholérique ; et, suivant que l'on décèle ou non une cause classique (amibe, bacille) de ce syndrome, on sera tenté d'attribuer à la spirillose une influence secondaire ou principale. Ainsi s'expliquent les divergences d'opinion : car certains auteurs, depuis Le Dantec, qui constata le premier l'existence de la spirillose dans les dysenteries jusqu'à Pecker plus récemment, décrivirent le spirille comme un agent spécifique de dysenterie ; d'autres, au contraire, niant cette spécificité, admirent tout au plus que le spirille trouvait des facilités de développement au cours d'une infection dont il n'était point l'agent.

Il convient à ce sujet de rappeler que le mot dysenterie n'a plus actuellement qu'un sens strictement clinique : c'est avant tout un syndrome dont les douleurs, les épreintes, le ténesme font sans doute partie ; mais un seul signe est pathognomonique : les selles dysen-

tériques. Celles-ci sont nombreuses (jusqu'à soixante et quatre-vingt par jour dans les formes les plus aiguës). Elles sont surtout modifiées dans leur aspect : minimales, du volume d'un crachat, elles ne contiennent point de matières, mais sont surtout constituées par de la sérosité et du mucus striés de sang. Quand il y a tendance à la chronicité les matières reparaissent tantôt pâteuses, recouvertes de mucosités, tantôt moulées et enrobées de mucus. Bref les éléments muco-séreux donnent aux selles dysentériques leur principal caractère que résume l'expression de selles glaireuses.

La clinique permet encore de trouver des indications, sur la cause de ce syndrome, mais il est démontré que ces indications sont parfois trompeuses, et c'est au laboratoire qu'il appartient de trancher la question : on arrive ainsi à déterminer dans certains cas qu'il s'agit de dysenterie amibienne ou bacillaire, mais il advient aussi qu'on ne puisse conclure. Or dans ces diverses éventualités on trouve avec une fréquence et une abondance variables, la spirillose intestinale : il semble intéressant de rechercher le rôle qu'elle y joue et de la traiter le cas échéant.

Notre Maître, le Docteur Heuyer, se trouvant en 1917-1918 à la tête d'un service de dysentériques dans une ambulance de l'armée d'Orient, recherchait systématiquement la spirillose intestinale : il voulait trouver des indications thérapeutiques et se proposait d'en tirer des conclusions d'ensemble. Il a eu l'obligeance de nous communiquer ses observations et nous les avons relevées soigneusement sous sa direction. Nous n'avons pas

tenu compte de celles qui eurent trait à la cure des dysenteries cachectisantes par la cœcostomie. Elles furent déjà l'objet de la thèse de Muller et la spirillose jouait dans ces cas un rôle très secondaire. Parmi les autres nous avons retenu un nombre important d'observations complètes et détaillées ; nous les avons groupées suivant les recherches de laboratoire et nous résumerons à la fin de ce travail quelques exemples dans chaque groupe. Nous nous proposons de les confronter avec les travaux qui ont été publiés à ce sujet au cours de ces dernières années.

Ceci nous amènera à étudier d'abord les spirilles qui furent trouvés dans les principaux cas examinés, pour les comparer à ceux décrits par les différents auteurs. Ensuite nous noterons leur présence et leur rôle supposé au cours des diverses variétés de dysenterie les plus connues. Nous signalerons aussi les quelques cas où cet élément fut seul mis en évidence. Enfin nous envisagerons les effets du traitement arsénical sur la spirillose.

Recherche et étude morphologique des Spirilles Intestinaux

Le spirille intestinal est en réalité facile à déceler : plusieurs méthodes peuvent être employées avec succès. L'examen direct vient le premier à l'idée : il faut, comme pour l'amibe, pratiquer la recherche dans la partie muqueuse d'une selle fraîche. Pecker considère que l'ultramicroscope est indispensable ; au contraire, Dumont déclare que le spirille s'observe parfaitement à l'état vivant à l'éclairage artificiel sans ultramicroscope. Les difficultés matérielles que l'on peut rencontrer dans une ambulance et la crainte d'examens infidèles détournèrent Heuyer de cette méthode. Il préféra la coloration : celle-ci est facile à réaliser et les colorants sont nombreux. Pecker cite le Ziehl dilué, le violet de gentiane, le violet formolé, l'hématéine au fer, les bleus et le procédé de coloration par mordantage de Lancereaux. Mais le spirille ne prend pas le Gram.

Heuyer désirant constater la présence du spirille plutôt qu'en faire une étude, trouva suffisante la coloration au Ziehl dilué. Mais il contrôla la plupart de ses examens sur de secondes préparations colorées par la méthode de Fontana-Tribondeau : c'est ainsi que furent

colorées les préparations les plus typiques dont nous ferons mention.

Les auteurs ont beaucoup étudié la morphologie des spirilles intestinaux depuis que Escherich, à Naples, et Kowalski, à Paris, signalèrent pour la première fois, en 1884, leur présence dans les selles de cholériques. Le Dantec, en 1900, décrivit ce qu'il trouva le premier dans les selles de dysentériques : puis chacun pour sa part étudia les éléments qu'il observa. En 1911, P. Teissier, Ch. Richet fils, et Tanon confrontèrent les opinions et complétèrent la description morphologique. Ces auteurs distinguaient plusieurs variétés.

1° Le spirochète A, long de 5 à 30 μ effilé aux deux bouts, parcouru par des ondulations de 5 à 6 μ et présentant des mouvements de pro et rétropulsion lents : il correspond à peu près au *spirochæte eurygyrata* de Werner.

2° Le spirochète B, long de 3 à 12 μ seulement, présentant 4 à 5 spires peu élevées mais serrées, se déplaçant en ondulation en pas de vis et ayant des mouvements de pro et rétropulsion très rapides ; il répond à peu près au *sténogyrata*.

A ces deux formes principales ils ajoutent :

3° Le spirochète ϕ ayant la longueur de B et la mobilité de A.

4° Le spirochète β ayant la longueur de A et la mobilité de B.

5° Le spirochète ψ enfin qui ressemble au *spirochæte dentium*.

M. Nattan Larrier, dans son cours inédit du Collège

de France, classe aussi les spirilles suivant la longueur de leurs ondulations en *spirochæte eurygyrata* et *sténogyrata*.

De Lavergne identifie le spirochète A de Teissier, Ch. Richet fils et Tanon, le *spirochæte eurygyrata* de Werner, le *spirochæte dentium* et le spirochète de Vincent. Autrement dit pour lui c'est ce dernier que l'on rencontre dans l'intestin, et c'est même, dit-il, une association fuso-spirochétiaire typique ; et si les bacilles fusiformes ne sont pas mis en évidence, c'est qu'on ne peut prélever pour un frottis au niveau même de la lésion. Tandis qu'il admet encore le polymorphisme des spirochète, Delamarre et Achitouv vont plus loin et déclarent que ce polymorphisme n'est qu'apparent et dû à l'influence du milieu intestinal qui fait évoluer la forme des spirochètes. Ceux-ci ont varié au cours de leurs expériences par modification du milieu de culture.

A l'opposé de cette opinion, Dumont, au cours de recherches sur l'infection secondaire des selles dysentériques, n'a jamais rencontré le spirochète de Vincent mais il décrit un élément qui semble analogue à celui de Le Dantec : « C'est, dit-il, un filament mince, effilé à ses deux extrémités, ne présentant pas de cils. Il mesure 7 à 8 μ et présente 2 à 3 tours de spire lâches ; la forme ne peut mieux être comparée qu'à celle d'un oxyure ou d'un ascaris : si l'on n'observe jamais d'éléments supérieurs à 8 μ il en est de plus courts, de 4 à 5 μ , à peine recourbés. »

Heuyer fit en août 1918, dans un rapport médical à l'armée d'Orient, la description suivante des spirilles

qu'il avait observés : « Les spirilles étaient de trois sortes : petits, moyens et grands.

Les petits avaient deux tours de spire et une longueur de 5 à 6 μ ; ils ne furent rencontrés en abondance que dans trois cas.

Les moyens qui étaient identiques à ceux que Le Dantec a décrits avaient 3 spires étalées et une longueur de 6 à 10 μ ; ils étaient les plus habituels.

Enfin les grands étaient de véritables spirochètes à 6 ou 8 tours de spire réguliers et une longueur de 10 à 14 μ ; ils étaient généralement associés aux précédents. »

Donc à cette restriction près qu'il a parfois rencontré en même temps des spirochètes plus grands, Heuyer a trouvé dans la majorité des cas des éléments analogues à ceux décrits par Le Dantec.

M. L. Fournier, qui a bien voulu nous aider de ses conseils, nous a déclarés que lui aussi différenciait les spirilles intestinaux du spirochète de Vincent.

En tous cas, nous pouvons dire qu'on peut déceler plusieurs sortes de spirilles intestinaux dont les principaux sont du type Vincent, du type Le Dantec ou *eurygyrata* de Werner et même du type *dentium*. Il est logique de penser qu'ils font tous partie d'une même grande famille, mais on constate que chacune conserve sa morphologie bien spéciale. Enfin le type Le Dantec est de beaucoup le plus fréquent.

Fréquence de la spirillose dans les états dysentériques

Avant de tenter de décrire le rôle de la spirillose dans la dysenterie, il convient d'examiner si le spirille est fréquemment rencontré dans les selles dysentériques. On peut encore se demander si le laboratoire, par les examens coprologiques et sérologiques, permet de spécifier fréquemment l'étiologie du syndrome. En 1916, Tribondeau et Fichet communiquèrent à l'Académie de Médecine, les recherches faites à ce sujet dans 217 cas : ils notèrent dans 48 cas seulement un résultat positif. Heuyer semble avoir obtenu des résultats plus probants : ayant pratiqué des recherches complètes dans 325 cas de dysenteries cliniques aiguës (en général bénignes ou de gravité moyenne) ou chroniques (récidivantes ou cachectisantes), il put affirmer dans près de la moitié des cas que la cause était l'amibe, ou un bacille, ou encore leur association. Mais un examen sur deux restait quand même négatif au cours de dysenteries dont la presque totalité était pourtant amibienne ou bacillaire. Il faut penser à cette éventualité si l'on ne veut pas, lorsque l'on trouve dans les selles de ces malades du spirille, lui accorder un rôle qu'il ne joue pas.

La spirillose fut trouvée par Heuyer dans plus d'un tiers des cas examinés, tantôt avec l'amibe ou un bacille, tantôt seule. Il faut préciser que Heuyer ne considérerait pas comme présence de spirilles, le fait qu'un élément lui apparaissait sous le microscope : Il disait à ce sujet dans le Rapport d'Armée que nous citons plus haut : « Il est certain que les spirilles se rencontrent dans les selles normales chez les individus sains. Toutefois ils sont peu nombreux, à peine un ou deux par champ microscopique. Au cours des diarrhées banales non dysentériques, il n'est pas rare de rencontrer des spirilles, quelquefois en assez grand nombre mais toujours associés aux bacilles et aux cocci habituels des selles. A la guérison ils disparaissent généralement ou restent en très petit nombre. »

De ceci il ressort que Heuyer n'a admis la présence ou plutôt l'accroissement numérique des spirilles intestinaux que s'il en existait un nombre assez considérable. Et de fait, dans ses observations, il en a toujours noté l'abondance et jamais n'en a parlé quand il s'en présentait moins de cinq par champ. Au contraire, il en a fréquemment compté de 20 à 40 et bien davantage. Bref, il nous semble ressortir de cette idée générale que les spirilles se trouvent fréquemment et en assez grande abondance dans les selles des dysentériques.

La spirillose dans la dysenterie bacillaire

Dans son article sur « Symbiose fuso-spirochétairé et dysenterie » De Lavergne remarque que la spirochétose n'a jamais été signalée au cours de la dysenterie bacillaire. Il n'a, dit-il, trouvé aucune relation de cette co-existence et l'a lui-même cherchée en vain. Pourtant nous en trouvons mention dans la thèse de Hassenforder : cet auteur ne relate aucun cas à l'appui mais il cite un travail que publièrent, en 1913, Denier et Huet, sur une épidémie de dysenterie à Saïgon avec présence de spirilles associés au bacille dysentérique. Elle est encore signalée par Roux et Tribondeau, par Tanon et Teissier. Heuyer l'a constaté également ; à ce sujet, il faut distinguer les dysenteries bacillaires de première atteinte et les dysenteries récidivantes. Dans les premières, la spirillose semble jouer un rôle très restreint et c'est seulement 5 fois sur 72 cas qu'elle fut constatée après la phase aiguë. Ces spirilles étaient peu nombreux, à peine cinq ou six par champ. Les glaires de la dysenterie bacillaire à la période d'état d'ailleurs très pauvres en éléments microbiens ne contiennent pas de spirilles. C'est seulement quand les glaires commencent à être mélangés à des matières diarrhéiques ou pâteuses qu'on peut voir apparaître les spirilles en petit nombre.

Au contraire, la spirillose semble jouer un rôle plus important au cours des dysenteries récidivantes reconnues bacillaires et dans 18 cas sur 22 le spirille a été décelé toujours abondant, parfois même très abondant. Ici la spirillose a la plupart du temps été mise en évidence bien avant que la culture et le séro diagnostic aient permis d'affirmer la nature bacillaire de la dysenterie. Malheureusement il ne fut pas possible de déceler si l'atteinte antérieure, traitée ailleurs, avait été amibienne ou bacillaire, ce qui ne nous permet pas de conclure à un enchaînement quelconque. Toutefois, il est intéressant de constater que si la dysenterie bacillaire primitive ne permet guère aux spirilles de se développer, peut-être parce que les ulcérations évoluent trop rapidement et trop superficiellement, la même dysenterie leur est favorable quand il s'agit de récurrence : sans doute des ulcérations plus profondes sont pour eux un habitat plus favorable.

De plus, dans ces cas, Heuyer associa les arsenicaux au sérum antidysentérique et obtint une sédation complète et rapide des symptômes. Il y a donc intérêt à rechercher la spirillose dans la dysenterie bacillaire puisque dans certains cas, on peut en tirer une déduction thérapeutique opportune.

La spirillose dans la dysenterie amibienne

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que c'est dans l'amibiase intestinale que la spirillose est le plus fréquente. De Lavergne en pratiquant des examens systématiques l'a trouvé dans 76 % des cas : Heuyer est arrivé à peu près au même chiffre puisque 40 fois sur 60 dysenteries amibiennes, il a trouvé du spirille en même temps que l'amibe ou les kystes. Il y en avait peut-être même davantage car, comme nous le verrons plus loin, il est probable que bien des cas où il ne trouva que du spirille étaient des amibiases éteintes.

S'il est facile de démontrer la fréquence de la spirillose dans l'amibiase, il est beaucoup plus délicat d'en interpréter l'influence. Ravaut et Kromlitsky estiment qu'elle ne joue qu'un rôle secondaire, contribuant à accuser davantage les signes de dysenterie. Néanmoins pour eux son action ne doit pas être négligée et elle doit être combattue par les arsenicaux. Goiffon conclut dans le même sens. Pour lui, la constatation d'abondants spirilles dans les selles est un signe de colite auquel il faut être très attentif, en ce sens qu'elle indique des putréfactions siégeant très probablement au début du gros intestin.

C'est parce qu'il attribuait à la spirillose un rôle secondaire important que Heuyer la recherchait toujours. Nous avons déjà dit que ses examens orientaient sa thérapeutique, et de fait, les résultats de ceux-ci ont confirmé cette importance. En effet, dans certains cas (Obs. I, II et III) trouvant amibes et spirilles dès le premier examen, il associa d'emblée émétine et novarsenic et obtint une guérison rapide. Ailleurs (Obs. IV, V et VI) ne trouvant point ou peu de spirilles au premier examen, il n'administra que l'émétine : parfois le syndrome dysentérique persistait et au cours de nouveaux examens, il trouvait du spirille dans les selles, alors qu'amibes et kystes avaient disparu. Le néosalvarsan administré alors amenait une sédation rapide et complète.

On pourrait se demander pourquoi il n'avait pas, suivant le conseil de Ravaut, administré d'emblée le novarsénobenzol. C'est que ce médicament ne lui avait pas semblé indispensable tant que l'infestation spirillaire ne s'était pas produite, et dans plusieurs cas de dysenterie amibienne pure (Obs. VII et VIII) il obtint une guérison rapide grâce à la seule émétine. Sur trente malades soumis à cette médication trois fois seulement il fallut prolonger le traitement au-delà de dix jours pour obtenir la guérison complète.

Il semble donc que le traitement arsenical agit surtout contre la spirillose et n'est pas indispensable en dehors d'elle. Cependant on n'oserait déconseiller de la pratiquer d'emblée, la spirillose étant trop fréquente au cours de l'amibiase et pouvant n'apparaître que secondairement.

Il est de plus évident que la spirillose qui a trouvé sur les ulcérations amibiennes un terrain favorable à son développement y prolonge son existence dans certains cas (Obs. IV, V et VI). Elle fait perdurer, en même temps, le syndrome clinique même après guérison de l'amibiase. C'est pourquoi, verrons-nous plus loin, elle peut sembler évoluer seule. En tout cas, il faut la déceler et au besoin la combattre.



La Spirillose intestinale décelée seule au cours d'un syndrome dysentérique

Découvrant pour la première fois la spirillose au cours de la dysenterie, Le Dantec la vit seule et créa une variété spirillaire de cette affection qui continua à être interprétée comme telle durant quelques années. Depuis 1911, les auteurs remarquèrent de plus en plus souvent qu'ils avaient affaire à des associations amœbo-spirillaires ; et, à l'heure actuelle, la conception de la dysenterie spirillaire pure resté peu défendue. Tanon pense que l'abondance des spirilles pourrait en effet les faire prendre pour des agents spécifiques, mais qu'en réalité l'amibiase existe dans bien des cas où le laboratoire ne la décele pas. Rappelons à ce sujet ce que nous disions plus haut à propos de dysenteries cliniques dont le diagnostic étiologique reste en suspens : c'est qu'il faut être très réservé pour accorder un rôle prépondérant au spirille quand on le trouve seul dans ces cas. Ravaut dit que la spirillose sert ainsi à « camoufler » l'amibiase.

Heuyer, au cours de ses examens, a bien trouvé la spirillose isolée dans un cas de dysenterie sur sept : mais si nous étudions les observations nous relevons dans certaines (Obs. IX, XIV et XV) l'existence d'une atteinte antérieure ; dans d'autres (Obs. X et XI) une phase aiguë

précéda l'entrée à l'ambulance et au cours de cette phase un examen eut sans doute révélé une cause préexistante, amibienne surtout. Ailleurs l'examen des selles révélant la spirillose met aussi en évidence des infusoires et nous savons que ceux-ci accompagnent presque toujours les amibes. Bref, il semble plus plausible que la spirillose soit une infection secondaire greffée sur des ulcérations creusées par d'autres agents pathogènes et en particulier par l'amibe. Elle n'en évolue pas moins ensuite pour son propre compte et nous le voyons nettement dans les observations que nous rapportons. Amibes et kystes ont disparu des selles et pourtant une diarrhée dysentérique persiste : on trouve à ce moment des spirilles intestinaux abondants. Même parfois (Obs. IX) des exacerbations de la diarrhée et de véritables décharges de spirilles coïncident. Enfin, les arsenicaux amènent une sédation rapide.

Si cette opinion s'applique à la grande majorité des cas, quelques-uns n'en sont pas moins troublants : voici, d'ailleurs, l'opinion qu'exprimait Heuyer dans son rapport d'armée ; les observations XII, XIII et XV s'y rapportent :

« Dans cinq observations d'un syndrome dysentérique typique où nos examens et nos cultures ne donnèrent aucun résultat, nous avons trouvé seulement des spirilles en énorme abondance, formant un véritable feutrage identique à ce que Le Dantec appelle un tissu spirillaire, et sans association avec les bacilles ou cocci : c'était une vraie culture pure. Sur ces cinq cas, il y avait quatre dysenteries bénignes (dont l'Obs. XII) et une récidivante

(Obs. XV). Nous avons obtenu chaque fois une guérison rapide avec deux injections intraveineuses de 0 gr. 20 de néosalvarsan à cinq jours d'intervalle. Les spirilles ont disparu totalement en même temps que la dysenterie guérissait et que les selles redevenaient normales » et il concluait « ces faits, s'ils ne suffisent pas pour assurer l'existence de la dysenterie spirillaire faute de constatations expérimentales et anatomo-pathologiques nous paraissent affirmer du moins le rôle pathogène des spirilles à certaines périodes ou dans certaines formes des syndromes dysentériques ».

Pour résumer, nous pouvons dire que la spirillose intestinale se développe secondairement au cours des dysenteries et semble évoluer ensuite pour son propre compte : elle est, pour une grande part, cause de la persistance des selles dysentériformes, autrement dit de la tendance à la chronicité. Quant à la dysenterie spirillaire pure, elle peut être soupçonnée mais son entité clinique et spécifique ne peut être affirmée qu'avec une grande réserve.

Rôle du traitement arsenical dans la dysenterie - Son influence sur la spirillose

M. Millian rapporte, le premier, en 1913, les essais et succès du traitement arsenical dans la dysenterie amibienne. Puis Ravaut en reprit le principe et précisa la méthode. Pour cet auteur, il doit toujours être associé à l'émétine à cause de son influence destructive sur les kystes amibiens. De plus, en parlant de la spirillose, il déclare que l'action secondaire de celle-ci n'est pas à négliger et doit être combattue aussi par les arsénicaux.

Nous pensons avec Heuyer que le succès du traitement arsenical est dû bien plus à son action sur la spirillose qu'à son effet sur les kystes amibiens, car nous avons vu que la guérison pouvait être obtenue rapidement par la seule émétime quand la spirillose faisait défaut, qu'au contraire, en cas de spirillose, la tendance à la chronicité déjà manifeste était enrayée par le néosalvarsan. L'efficacité de ce médicament au cours de dysenterie bacillaire accompagnée de spirillose est en faveur de la même opinion ; de même, son effet sur la spirillose intestinale décelée isolément. Heuyer exprimait cette idée en ces termes : « Quand nous avons constaté dans les dysenteries amibiennes ou dans les syndromes dysentériques atypiques, à une période quelconque de leur évolution,

des spirilles en assez grand nombre (5 à 10 par champ, au minimum) nous avons systématiquement employé le néosalvarsan. Deux et au maximum trois injections de 0 gr. 20 à cinq jours d'intervalle faisaient disparaître les spirilles et terminaient la guérison de la dysenterie. Nous avons été frappés de voir la coïncidence fréquente entre la disparition des spirilles et la réapparition des selles moulées normales ».

Quant au mode d'emploi du traitement arsenical, plusieurs auteurs ont rejeté comme inefficace la méthode intraveineuse et conseillé l'emploi par la bouche ou par pansements rectaux ou recto-coliques. Nous signalerons seulement que Heuyer n'a employé que la méthode intraveineuse et n'a pas connu d'insuccès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

V... S., 28 ans.

Arrivé à l'ambulance le 5 août 1918.

Dysenterie deux mois auparavant. Récidive depuis huit jours.

Douze selles par jour, glaires et sang.

Douleurs péri-ombilicales ; ni épreintes, ni ténésme.

Langue à peu près normale.

Douleurs à la pression sur tout le gros intestin.

Grosse rate percutable et palpable à bord dur. Foie normal.

Examen des selles :

Amibes = + ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + très nombreux ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = + Flexner..

Séro-diagnostic = 0.

On pratique une injection de néosalvarsan de 0 gr. 20.

On commence une série de sept injections d'émétine à doses journalières alternées de 0 gr. 04 et 0 gr. 08.

Le 13 août : selles moulées normales, pas de glaires.

Examen des selles :

Amibes = 0 ; Kystes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = à peine quelques-uns ;

Bacilles = 0 ;

Cocci = 0.

CONCLUSION. — Dans ce cas, tandis que l'émétine a amené la disparition des amibes, une seule injection de néosalvarsan suffit pour faire disparaître presque complètement les spirilles, et la guérison fut obtenue en moins de huit jours.

OBSERVATION II

M..., 32 ans.

Arrivé à l'ambulance le 25 juillet 1918.

Paludisme et dysenterie antérieurs.

Malade depuis quinze jours : six selles journalières avec glaires et sang.

Ni épreintes, ni ténésme. Douleurs péri-ombilicales.

Coecum, angle colique droit et S iliaque douloureux.

Langue saburrale et sèche. Rate percutable. Foie normal.

Examen des selles :

Amibes = + ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + 20 par champ ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Traitement : à partir du 26 juillet, huit injections d'émétine, dose journalière alternée de 0 gr. 04 et 0 gr. 08. Deux injections de 0 gr. 20 de néosalvarsan le 26 juillet et le 1^{er} août.

Le 4 août : selles en tas.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = 0.

Culture = 0.

Le 5 août : selles moulées normales.

CONCLUSION. — L'association de l'émétine et du néosalvarsan fait disparaître amibes et spirilles en même temps que le syndrome clinique.

OBSERVATION III

V..., 37 ans.

Arrivé à l'ambulance le 17 juillet 1918.

Déjà atteint de dysenterie en avril. Malade depuis sept jours.

Il présente dix selles journalières, glaireuses et sanglantes.

Le foie et la rate sont normaux, on ne trouve guère de signes abdominaux. La langue est normale.

Le 17 juillet : selles séreuses.

Examen des selles :

Amibes = + ;
Infusoires = + ;
Spirilles = + nombreux ;
Bacilles = + ;
Cocci = +.

Culture = 0.

Traitement : du 18 juillet au 3 août, émétine à dose journalière alternée de 0 gr. 04 et 0 gr. 08. Deux injections de 0 gr. 20 de néosalvarsan, le 18 juillet et le 2 août.

Le 3 août, selles pâteuses.

Le 7 août, selles moulées normales.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;
Infusoires = 0 ;
Spirilles = très rares.

CONCLUSION. — Ici encore l'émétine et le néosalvarsan associés amènent la guérison du syndrome en quelques jours tandis qu'amibes et spirilles disparaissent des fèces.

OBSERVATION IV

M..., 28 ans.

Arrivé le 3 avril.

Paludisme en août : trois accès. Jamais de dysenterie.

Malade depuis vingt jours. Selles glaireuses et sanglantes.

Au début, dix selles journalières. Actuellement trois.

Douleurs péri-ombilicales, épreintes, pas de ténésme.

S iliaque épais et douloureux, cœcum douloureux.

Langue, foie et rate normaux.

Le 5 avril, examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = très rares ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Le 8 avril, nouvel examen :

Amibes = + ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = rares, 5 à 6 par champ ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Séro-diagnostic = 0.

A partir du 8, neuf injections d'émétine à doses journalières alternées de 0 gr. 04 et 0 gr. 08.

Le 20, malgré ce traitement, persistance de quatre à cinq selles par jour, moulées mais toujours enrobées.

Nouvelle série d'émétine durant sept jours.

Le 7 mai, il persiste des selles en tas. Pourtant, l'examen ne révèle ni amibes, ni kystes. Les spirilles, au contraire, sont nombreux : vingt par champ.

On pratique alors, le 6 et le 12 mai, une injection de 0 gr. 20 de néosalvarsan. Persistance de glaires contenant de nombreux spirilles. Une troisième injection est nécessaire. Elle

est pratiquée le 17.

Le 19, selles moulées, normales, sans spirilles.

CONCLUSION. — L'émétine avait, dans ce cas, fait disparaître les amibes des selles, mais ne leur avait pas enlevé leur caractère dysentérique, tant que persistait la spirillose. Le néosalvarsan a eu raison de celle-ci. Les selles sont alors redevenues normales.

OBSERVATION V

J..., 23 ans.

Arrivé le 27 juillet 1918.

Ni paludisme, ni dysenterie antérieurs.

Malade depuis dix jours. Dix selles journalières glaireuses, non sanglantes.

S iliaque et cœcum douloureux. Ni épreintes, ni ténésme.

Foie et rate normaux.

Examen des selles :

Amibes = + ;

Infusoires = +

Spirilles = 0.

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Traitement : sept injections d'émétine à doses journalières alternées de 0 gr. 04 et 0 gr. 08.

Le 3 août, enduit muqueux enrobant des selles presque normales.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Kystes = 0 ;

Spirilles = très nombreux, 50 par champ.

Le 4 et le 9, une injection de 0 gr. 20 de méosalvarsan.

Le 12, selles moulées normales :

Amibes = 0 ;

Kystes = 0 ;

Spirilles = 0.

CONCLUSION. — Identique à celle de l'observation IV.

OBSERVATION VI

E., 25 ans.

A été traité du 25 février au 25 mars pour dysenterie bacillaire.

Revient à l'ambulance le 8 avril pour diarrhée dysentérique.

Sept selles journalières, glaireuses, non sanglantes.

S iliaque et cœcum douloureux, non épaissis.

Examen des selles :

Amibes = + ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = peu abondants (Fontana-Tribondeau).

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Séro-diagnostic = 0.

Traitement : huit injections d'émétine à doses journalières alternées de 0 gr. 04 et 0 gr. 08. Les selles redeviennent normales.

Le 25 avril, nouvelles selles glaireuses, cinq par jour.

Huit nouvelles injections d'émétine.

Le 7 mai, selles moulées, mais toujours enrobées.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Kystes = 0 ;

Spirilles = + dix par champ (Fontana-Tribondeau).

Deux injections de 0 gr. 20 de néosalvarsan le 7 et le 12 mai.

Le 14, selles normales :

Amibes = 0 ;

Kystes = 0 ;

Spirilles = 0.

CONCLUSION. — Identique à celle des deux observations précédentes.

OBSERVATION VII

I... ben Amar, 20 ans.

Arrivé le 4 août 1918.

Dysenterie un an auparavant.

Malade depuis huit jours : deux ou trois selles journalières glaireuses et sanglantes.

S iliaque douloureux, douleurs péri-ombilicales.

Grosse rate percevable. Foie normal.

Langue saburrale.

Selles crémeuses.

Examen des selles :

Amibes = + ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = 0 ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Séro-diagnostic = 0.

Traitement : huit injections d'émétine à dose journalière alternée de 0 gr. 04 et de 0 gr. 08.

A partir du 10, une seule selle journalière, encore un peu pâteuse, mais dans laquelle on ne trouve ni amibes, ni spirilles. Le 14, une selle moulée normale.

CONCLUSION. — Dans ce cas de dysenterie amibienne sans spirillose intestinale, l'émétine seule a amené une guérison rapide.

OBSERVATION VIII

R... E., 20 ans.

Arrivé le 4 mai 1918.

Présente depuis cinq jours coliques et diarrhée : selles

toutes les heures, glaires et sang.

Douleurs à l'hypogastre des deux côtés, surtout à gauche. Epreintes, pas de ténésme.

S iliaque et cœcum douloureux.

Gros foie débordant de deux travers de doigt. Rate normale.

Selles glaireuses non sanglantes le 5. Aspect du crachat dysentérique.

A l'examen :

Amibes = 0 ;

Kystes = + ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = 0.

Culture = 0.

Formule leucocytaire : eosinophiles = 5.

Sept injections d'émétine. Pas de néosalvarsan.

Le 17 mai : selles normales journalières, ne contenant ni amibes, ni spirilles.

CONCLUSION. — Ce cas de dysenterie amibienne sans spirilles se guérit facilement par l'émétine ; les arsenicaux ne sont pas nécessaires malgré la présence de kystes amibiens.

OBSERVATION IX

P... J., 24 ans.

Arrivé à l'ambulance le 10 mai 1918.

Dysenterie antérieure de nature inconnue en juin 1917.

Paludisme en août 1917.

Présente des selles glaireuses et sanglantes depuis le 2 avril. En moyenne, quatre à cinq par jour.

S iliaque douloureux non épaissi.

Langue un peu saburrale. Foie et rate normaux.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = 0 ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Le 23 mai, après traitement à l'émétine, les selles deviennent plus rares (une à deux) sont à peu près normales.

Le 26, nouvelles selles glaireuses (quatre à cinq).

Aspect typique du crachat dysentérique.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = quelques-uns (2 à 3 par champ) ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Le 1^{er} juin, nouvelle série d'émétine. Les selles restent très glaireuses.

Le 9, les selles augmentent (7 dans la journée). Crachats dysentériques typiques.

Examen :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + abondants ;

Bacilles = 0 ;

Cocci = 0.

Culture = 0.

Le 12, on pratique une injection de néosalvarsan. Les selles s'espacent, redeviennent moulées, et, à partir du 20, sont tout à fait normales.

Le 23, nouvelles selles glaireuses, 2 à 3 par jour.

Examen :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + abondants.

Le 24 et le 30, nouvelles injections de néosalvarsan.

Le 1^{er} juillet, les selles redeviennent moulées et normales.

Le 4, dernier examen : quelques rares spirilles.

CONCLUSION. — Il est probable que cette dysenterie était une ancienne dysenterie amibienne et que la spirillose greffée sur l'amibiase lui avait survécu. En tous cas, chaque poussée nouvelle de dysenterie répondait à une décharge de spirilles dans les selles. Les arsenicaux en eurent raison.

OBSERVATION X

B... F., 32 ans.

Arrivé à l'ambulance le 23 juin 1918.

Pas de dysenterie antérieure.

Malade depuis vingt jours. Au début, selles incomptables.

Actuellement, dix selles par jour, glaires et sang.

Cadre colique douloureux. Ni épreintes, ni ténésme.

Foie et rate normaux.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles très nombreux (30 à 40 par champ) ;

Bacilles = 0 ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Le 24, une injection de néosalvarsan. Dès le lendemain, deux selles seulement par jour et le surlendemain, selles moulées normales ne contenant plus de spirilles.

CONCLUSION. — Dans ce cas, la vraie cause du syndrome probablement l'amibe, n'a pas été mise en évidence, parce que le malade n'a pas été vu à la période aiguë. On ne saurait cependant incriminer exclusivement la spirillose quoique décelée seule et abondante. On peut toutefois l'accuser d'avoir prolongé le syndrome puisque une seule injection de néosalvarsan amène la guérison en moins de cinq jours.

OBSERVATION XI

D... H., 21 ans.

Arrivé à l'ambulance le 6 avril 1918.

Pas de dysenterie antérieure. Malade depuis douze jours.
75 à 80 selles par jour au début, avec glaires et sang.
Epreintes, ténésme.

Actuellement quinze selles par jour. Caractère net du crachat dysentérique.

S iliaque épaissi, non douloureux, cœcum douloureux.

Langue saburrale. Rien ailleurs.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles nombreux, 20 par champ (Fontana-Tribondeau) ;

Bacilles = + ;

Cocci = 0.

Culture = 0.

Séro-diagnostic = 0.

Traitement : une injection de néosalvarsan.

Dès le 12, selles moulées normales ne contenant ni amibes, ni spirilles.

CONCLUSION. — Cas de dysenterie qui n'a pas été vu à la phase aiguë. L'étiologie échappe de ce fait mais on note une prolongation du syndrome en même temps que l'on trouve du spirille dans les selles. Tout rentre dans l'ordre après une injection de néosalvarsan.

OBSERVATION XII

A..., 40 ans.

Arrivé à l'ambulance le 28 juillet 1918.

Pas de dysenterie antérieure.

Depuis deux jours quatre à six selles journalières d'abord diarrhéiques, glaireuses ensuite.

Langue saburrale.

S iliaque épaissi, non douloureux. Foie et rate normaux.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles très nombreux, culture pure ;

Bacilles = 0 ;

Cocci = 0.

Culture = 0.

Traitement : une injection de 0 gr. 20 de néosalvarsan le 30 et le 3 août.

A partir du 5 août, une selle moulée normale ne contenant ni amibes, ni spirilles.

CONCLUSION. — Dans ce cas de dysenterie bénigne et de première atteinte, on ne trouve ni amibes, ni spirilles, mais, trois jours après le début, les spirilles se trouvent dans les selles en culture pure. On semble ici en droit de se demander s'ils ne sont pas la cause de la dysenterie. En tout cas, sous l'influence du néosalvarsan, ils disparaissent et la guérison s'ensuit.

OBSERVATION XIII

L..., 26 ans.

Arrivé à l'ambulance le 5 août 1918.

Pas de dysenterie antérieure. Malade depuis quinze jours.

Dix selles journalières, glaires, pas de sang.

S iliaque épais et douloureux, ni gros foie, ni grosse rate.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = nombreux ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Traitement : une injection de néosalvarsan.

Le 16, les selles restent très glaireuses.

Examen :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + très nombreux, très petits, à 2 tours de spire ;

Bacilles-cocci : moins nombreux que de coutume.

Traitement : nouvelles injections de néosalvarsan le 17 et le 22.

Le 23, selles normales, plus de spirilles.

CONCLUSION. — Cas de dysenterie où les spirilles, seuls mis en évidence, se distinguent par leur grand nombre et leur petite taille.

OBSERVATION XIV

L..., 24 ans.

Arrivé à l'ambulance le 4 juin 1918.

Dysenterie en janvier. Quatrième récurrence depuis.

Actuellement douze selles glaireuses et sanglantes, épreintes, ténésme.

S iliaque épais et très douloureux, cœcum très douloureux.

Langue normale. Foie et rate normaux.

Examen des selles :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + très nombreux.

Bacilles = 0 ;

Cocci = 0.

Le 8 juin, une injection de 0 gr. 20 de néosalvarsan.

Dès le lendemain, diminution des selles qui tombent à trois ou quatre, et bientôt, une par jour.

Le 12, guérison complète, plus de spirilles.

CONCLUSION. — Cas de dysenterie récidivante. On ne trouve que du spirille en grande abondance. Par contre, on ne trouve plus les bacilles et cocci habituels des selles. Guérison rapide par le néosalvarsan.

OBSERVATION XV

M... L., 23 ans.

Arrivé à l'ambulance le 29 mai 1918.

Dysenterie huit mois auparavant.

Malade depuis six jours. Dix selles journalières liquides et glaireuses. S iliaque douloureux, non épaissi.

Langue normale. Foie et rate normaux.

Examen des selles :

Bacilles = 0 ;

Infusoires = + trichomonas ;

Spirilles = 0 ;

Bacilles = + ;

Cocci = +.

Culture = 0.

Le 8 juin, malgré un traitement à l'émétine, les selles restent liquides et pâteuses et présentent parfois l'aspect du crachat dysentérique.

A l'examen :

Amibes = 0 ;

Infusoires = 0 ;

Spirilles = + très abondants, constituant un véritable feutrage, tandis que les

Bacilles = 0 ;

Cocci = 0.

On pratique ce jour une seule injection de néosalvarsan.

A partir du 11, une selle journalière moulée, normale ne contenant plus de spirilles.

CONCLUSION. — Cas de dysenterie récidivante. On trouve les spirilles en culture pure, tandis que bacilles et cocci habituels des selles font défaut. Guérison très rapide par le néosalvarsan.

CONCLUSIONS

1° Il semble exister plusieurs sortes de spirilles intestinaux. S'ils font tous partie d'une même famille, chacun conserve néanmoins sa morphologie spéciale. Quelques-uns d'entre eux se rencontrent ailleurs que dans le tractus intestinal. Le type dont Le Dantec avait fait un agent spécifique est de beaucoup le plus fréquent.

2° La spirillose intestinale se rencontre dans plus d'un tiers des cas de dysenteries, tantôt isolée, tantôt associée.

3° On l'observe dans les dysenteries bacillaires mais beaucoup plus rarement que dans les dysenteries amibiennes : elle y accompagne surtout les récidives.

4° Elle peut dans les dysenteries amibiennes être considérée comme une des causes principales de la tendance à la chronicité et comme une infection surajoutée qui évolue bientôt pour son propre compte.

5° Il faut interpréter bien des cas où elle est décelée seule, comme des amibiases dissimulées.

6° La spirillose intestinale est dans quelques cas si abondante qu'on peut se demander si elle n'est pas la cause unique de la dysenterie, mais on ne peut l'affirmer.

7° Le traitement arsenical qui fut d'abord préconisé

au cours de la dysenterie amibienne, à cause de son action destructive sur les kystes, agit surtout sur la spirillose. Il est donc utile en dehors de l'amibiase et même dans certaines dysenteries bacillaires. La voie intraveineuse semble constituer un mode d'administration efficace.

VU, *le Doyen* :
ROGER.

VU, *le Président* :
LETULLE,

Le Recteur de l'Académie de Paris :
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCOLI. — Diagnostic bactériologique dans la dysenterie. — *La Presse Médicale*, 11 juillet 1918.
- AUFRECHT. — Ueber den Befund feiner Spirillen in Dijektionen einer unter Cholerasympptomen gestorbenen Frau. — *Centralbl. für B. u. P.*, 1894, bd XVI, p. 405.
- BOUHOFF. — Untersuchungen über Vibrionen- und Spirillen. — *Arch. für Hygiene*, XXVI, p. 166.
- BRUMPT G. — Protozoaires et helminthes des selles aux armées. — *Société Méd. Hôp.*, 8 novembre 1918.
- Id. — Précis de Parasitologie (Masson).
- CADE et HOLLANDE. — Essai de traitement par le néosalvarsan de l'entérite chronique à lamblia. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, mars 1918.
- CAMARA PISIANA et BETTENCOURT. — Ueber das vorkommen feiner Spirillen in den faeces. — *Centralbl. für B. u. P.*, 1897, p. 522.
- CARTER H.-F. — Remarks on the spirochaetes occuring in the faeces of dysenterie patients. — *Ann. Trop. M. et P.*, Liverpool, 1917, p. 391, 396.
- CARTER H.-F. et MACFIE I.-W.-S. — The occurence of *spirochoeta eurygyrata* in Europeans in England with a note on a second species of *spirochoeta* from the human intestine. — *Ann. Trop. M. et P.*, Liverpool, 1917, p. 75.
- CHARPIN. — Amibiase chronique en France ; étude clinique. — Thèse de Paris, 1920.
- COURMONE et LESIEUR. — Entérite cholériforme à spirilles et bacilles verts. — *Lyon Médical*, 1911.

- Id. — Traité de Bactériologie. Coll. Testut.
- CROWEL B.-C. et HANGHWOUT F.-G. — Observations on the incidence of intestinal spirochætes in the Philippine Islands. — *J. Inf. Dis.*, Chicago, 1918, p. 189.
- DEGIOS. — Troubles intestinaux chroniques par présence de parasites autre que l'amibe dysentérique. — *Bull. Médical*, 20 décembre 1917.
- DELAMARE. — Spirochetose intestinale. Mouillioses intestinales. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1919.
- DELAMARE et ACHITOUV. — Evolution morphologique des spirochètes. — Académie des Sciences, 10 décembre 1923. — *Presse Médicale*, 26 décembre 1923.
- DE LAVERGNE. — Symbiose fuso spirochétaire et dysenterie. — *Paris Médical*, juin 1922.
- DENIER et HUET. — La dysenterie à Saïgon. — *Bull. de la Soc. de Méd. Indo-Chinoise*, mai 1922.
- DOPTER. — Les dysenteries, Paris, 1916.
- DUMONT. — Dysenteries amoébo spirillaires et dysenteries spirillaires. — *Paris Médical*, décembre 1923.
- ESCHERICH. — Notiz zu dem Vorkommen feiner Spirillen in diarrheischen Dejektionen. — *Centralblatt f. B. u. P.*, 1894, t. XV, p. 408.
- FANTHAM. — Observations on *spirochaeta eurgyrata* as found in human faeces. — *British Med. Journ.*, 1916, n° 10, juin.
- FANTHAM, M.-A. CANTAB. — Spirochaetes and their granule phase. Lectures on Parasitology. — *British Med. Journ.*, 18 mars 1915.
- FANTHAM. — Some researches on the life cycle of spirochaetes. — *Ann. Trop. Med. et Par.*, 1911, p. 479.
- GOIFFON. — Entérites chroniques et coprologie. — *Presse Méd.*, 2 mai 1918.
- GOIFFON et J.-Ch. ROUX. — Comment interpréter un examen coprologique simple. — *Journ. Méd. Franç.*, VIII, 6 juin.
- GOIFFON. — Signes coprologiques des colites. — *Presse Médicale*, 26 avril 1924.

- GUYSEZ et PIERRET. — Quelques observations de spirilloses. — *Presse Médicale*, 1917, p. 460.
- HASENFORDER. — Contribution à l'étude des microbes spirales de l'intestin et de leur rôle pathogène. — Thèse de Lyon, 1913-1914.
- HASSENDORFFER. — Le rôle pathogène des microbes spirales dans les entérites. — *R. G. Gazette des Hôpitaux*, n° 13, 1914.
- HEIM F. — Le salvarsan dans la dysenterie amibienne. — *Correspondenz Blatt für Smeitzer Aertze*, 1918, n° 9, p. 282.
- HEUYER et LEVEUF. — Appendicites et syndrome pseudo-appendiculaire des dysenteries. — *Arch. mal. app. digestif et de la nutrition*, t. X, n° 7, février 1920.
- HEUYER. — Rapport médical d'Armée. — Armée d'Orient, août 1918 (inédit).
- KOWALSKI. — *Wien. Klin. Woch.*, 1893.
- Id. — Zur note der Herren Lustig und giaksa, ueber das vorkommen von feiner Spirillen in den Ausleerungen von Cholera Kranken. — *Centralbl.*, 1894, f. Bakt, XVI, p. 321, 324.
- KUTSCHER. — Die Vibrionen und Spirillen flora der Düngerpampe. — *Zeitschr. für Hyg.*, XX, 1895, p. 58.
- LE DANTEC. — Dysenterie spirillaire. — *C. R. Soc. Biol.*, 1903, p. 617, 618. — *Gaz. hebdomadaire Soc. Méd.*, Bordeaux, 1900, p. 194, 196.
- LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique, t. II, p. 79.
- LEWENTHAL. — Clin. de Von Leyden, Berlin. Beitrag zur Kenntnis der spirillen. — *Berlin. Klin. Woch.*, n° 10, 1906.
- MACFIE. — A case of Dysentery in a Monkey in which Amœba and Spirochaetes were found. — *Annals Trop. Med. and Parasit.*, IX, p. 507, 512.
- MILIAN. — Traitement de la dysenterie amibienne par l'arsénobenzol. — *Société Méd. des Hôp.*, 4 déc. 1913.
- MULLER P. — Contribution à l'étude des dysenteries et à leur traitement chirurgical. — *Thèse de Paris*, 1919.

- NATTAN LARRIER. — Cours inédit du Collège de France, 1919.
- NOGUCHI HIDEYO. — Certaines altérations des propriétés biologiques des spirochètes cultivés artificiellement. — *Ann. Inst. Past.*, 1916, XXX, 1-4.
- ORTICONI et NEPVEUX. — Sur l'étiologie de quelques diarrhées et dysenteries rebelles. — *Bull. de la Soc. de Path. exotique*, 10 mai 1916.
- PECKER R. — La spirillose intestinale. — *Thèse de Paris*, 1920.
- RAVAUT P. — Syphilis, paludisme, amibiase : le traitement d'attaque et les traitements secondaires. — Masson et Cie, éditeurs.
- RAVAUT P. et KROMLITSKY G. — Epidémie de dysenterie amibienne avec présence dans quelques cas du bacille dysentérique. Rôle tout à fait secondaire de ce bacille. Traitement de la dysenterie amibienne par l'arsénobenzol. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 15 octobre 1915.
- Id. — L'emploi du novarsénobenzol dans le traitement de la dysenterie amibienne. — *Société de Pathologie exotique*, 12 juillet 1916.
- Id. — Les états dysentériques et les dysenteries au cours de la guerre. — *Revue Générale de Pathologie de Guerre* (Vigot), 1916, Paris.
- RISPAI. — Dysenterie spirillaire. — *Province Médicale*, octobre 1910.
- SPEHL. — Procédé de coloration des spirilles par le violet formolé. — *Compte Rendu Soc. de Biol.*, 1918, p. 305.
- TAILLANDIER O. — Contribution au traitement de la dysenterie amibienne par les pansements rectaux à base de novarsénobenzol. — *Thèse de Paris*, 1920.
- TEISSIER P., Ch. RICHEL Fils et TANON. — Spirochètes ou spirilles dans l'intestin. Conditions de leur présence. Leur rôle possible dans certains états de l'intestin. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 juin 1911.
- TOUCHARD Paul. — Un cas de diarrhée cholériforme. Présence de nombreux spirochètes dans les selles. — *Réun.*

méd. VI^e année in Presse Médicale, n° 3, 1916.

TOUSSAINT et SIMONIN. — Diarrhée tonkinoise rebelle. — *Le Caducée*, 7 mai 1904.

Id. — Dysenterie spirillaire et diarrhée à protozoaires (H. 21 janvier 1905).

TRIBONDEAU et FICHET. — Résultat de l'analyse bactériologique des selles dans 217 cas de dysenterie provenant du corps expéditionnaire d'Orient. — *Académie de Médecine*, 14 mars 1916.

